IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 9)
z dnia 15 września 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 9)

15 września 2020 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2019 roku (druk nr 522) w zakresie działania Komisji;

– przedstawienie informacji ministra zdrowia na temat realizacji ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności – konsekwencje dla osób starszych;

– przedstawienie informacji ministra zdrowia na temat dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia osób starszych z osteoporozą.

W posiedzeniu udział wzięli: **Józefa Szczurek-Żelazko** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Błażewicz** zastępca rzecznika praw pacjenta, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Filip Urbański** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Zwiercan** sekretarz Prezesa Rady Ministrów oraz **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska**, **Dariusz Lipski** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dzień dobry, otwieram 9. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam państwa posłów. Witam również zaproszonych gości w osobach pana Grzegorza Błażewicza zastępcy rzecznika praw pacjenta. Pan rzecznik jest z nami online, gotowy do zabrania głosu w razie potrzeby. Witam panią Małgorzatę Paprotę dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, pana Dariusza Poznańskiego zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia, pana Dariusza Rogowskiego p.o. dyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny w Najwyższej Izbie Kontroli, panią Justynę Skórę głównego specjalistę w Departamencie Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia, pana Andrzeja Tolarczyka naczelnika wydziału w Departamencie Analiz i Innowacji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, panią Lidię Ułanowską dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, pana Filipa Urbańskiego zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Innowacji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Piotra Wasilewskiego dyrektora Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli i panią Małgorzatę Zwiercan sekretarza Prezesa Rady Ministrów.

Szanowni państwo, stwierdzam przyjęcie porządku dziennego dzisiejszego posiedzenia oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji, wobec niewniesienia do niego

zastrzeżeń. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje trzy punkty. W punkcie pierwszym mamy rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2019 roku, druk nr 522, w zakresie działania Komisji. Punkt drugi: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności – konsekwencje dla osób starszych. Punkt trzeci: rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia osób starszych z osteoporozą.

Informuję, że posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Informuję również, że zgłoszenia do zabrania głosu w dyskusji przez posłów należy wysłać na adres e-mail: kpsn@sejm.gov.pl. To jest adres doskonale znany posłom. Proszę wszystkich członków Komisji o zalogowanie się do systemu. Za chwilę przystąpimy do stwierdzenia kworum. Ponieważ w ostatnim czasie został zmieniony system i zwiększono jego bezpieczeństwo, może być tak, że niektórzy posłowie będą mieli problem z zalogowaniem się. To nie jest trudne, można łatwo przez to przejść, natomiast poczekamy trochę dłużej, aż spłyną informacje, że wszyscy posłowie, którzy uczestniczą na odległość, korzystając z takiej możliwości, dadzą znać, że już się zalogowali.

Proszę państwa posłów, którzy nie są fizycznie obecni z nami na posiedzeniu Komisji, ale online, o uwagę. Przy logowaniu się, kiedy wchodzimy w aplikację głosowania, pojawia się komunikat. Jako pierwsze pojawia się „imię i nazwisko", a jako drugie „vote x". Proszę o kliknięcie w „vote x" i wówczas powinno się wyświetlić okienko aplikacji, które do tej pory służyło nam do logowania. Logujemy się w tradycyjny sposób.

Poproszę o sprawdzenie kworum. W posiedzeniu uczestniczy 13 posłów, zatem mamy kworum. Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego. Proszę przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli o przedstawienie sprawozdania z działalności NIK w 2019 r. w zakresie działania Komisji.

P.o. dyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli Dariusz Rogowski:

Dziękuję za udzielenie głosu. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, prezes Najwyższej Izby Kontroli, realizując obowiązek ustawowy, przedłożył Wysokiemu Sejmowi sprawozdanie z działalności NIK. W sprawozdaniu została opisana w sposób szczegółowy działalność kontrolna NIK w minionym roku. Odsyłając do tego dokumentu, informuję, że wyniki i wnioski najważniejszych kontroli przedstawiono w rozdziale trzecim: Realizacja zadań państwa w świetle kontroli NIK. Obszar właściwości Wysokiej Komisji w największym stopniu wypełnia opis w dwóch podrozdziałach: Praca, rodzina, zabezpieczenie społeczne oraz Zdrowie. Nie będę rozwijał wszystkich wątków mających związek z działalnością NIK w minionym roku, jedynie tytułem uzupełnienia przekażę państwu posłom kilka zdań na temat wyników kontroli, bezpośrednio odnoszących się do spraw i problemów osób starszych.

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, w tym miejscu chcę podkreślić, że zmiany społeczno-demograficzne, skutkujące między innymi rosnącą liczbą osób starszych, stanowią jeden z obszarów życia publicznego i ryzyka zidentyfikowanego przez NIK w corocznie przeprowadzonych analizach, będących podstawą do planowania działalności kontrolnej. Wiele analiz skutkuje przeprowadzeniem przez nas kontroli w obszarze, który nazywamy polityką senioralną. Przechodząc do badań o zasięgu ogólnopolskim, poświęconym bezpośrednio sprawom i problemom seniorów, należy wskazać na wyniki i wnioski kontroli pod nazwą: „Realizacja rządowych programów na rzecz aktywności osób starszych". Z ustaleń kontroli wynika, że realizowany w latach 2013-2017 rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, tzw. ASOS, nie osiągnął zakładanego celu, czyli poprawy jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywizację społeczną. Niewielka kwota środków przeznaczanych na poszczególne edycje programu nie pozwalała projektować działań spójnych, trwałych i efektywnych długofalowo. Z ustaleń kontroli wynika, że rocznie na dotacje w ramach tego programu przeznaczano około 38 mln zł, czym zaspakajano

tylko 20% zgłoszonego zapotrzebowania, zaś na jedną osobę starszą, objętą programem, każdego roku przeznaczano przeciętnie 197 zł. Wyniki kontroli wykazały, że tylko niespełna 30% realizowanych projektów było ukierunkowanych na pobudzenie czynnej aktywności seniorów, natomiast najczęściej dofinansowane projekty obejmowały tzw. aktywność bierną, oznaczającą krótkotrwale jednorazowe działanie, polegające głównie na konsumpcji różnorodnych usług. Trwała aktywność osób starszych nie była osiągana, ponieważ brak było powiązania zgłaszanych projektów z priorytetami przyjętymi w programie ASOS.

Drugą kontrolą z obszaru polityki senioralnej, jaka została przeprowadzona w 2019 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli, była kontrola pt. „Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia". W naszym kraju rośnie popyt na usługi placówek zapewniających całodobową opiekę osobom starszym, przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Osoby te, ze względu na ograniczoną liczbę miejsc, często trafiają do placówek prowadzonych bez wymaganego prawem zezwolenia. Podczas kontroli ustalono, że działania wojewodów wobec takich placówek są nieskuteczne. Wojewodowie nie przeprowadzają wystarczającego rozpoznania i kontroli, co w ocenie NIK sprzyja powstawaniu szarej strefy w dziedzinie tak ważnej dla życia i zdrowia osób niesamodzielnych. Obowiązujące w tym zakresie przepisy, mające przeciwdziałać powstaniu i prowadzeniu nielegalnych placówek, są nieadekwatne do potrzeb i nie sprawdzają się w praktyce. Brakuje decyzyjnych uregulowań pozwalających na skuteczną reakcję w sytuacjach rażących zaniedbań lub świadczenia opieki z naruszeniem praw osób tam przebywających. Wojewodowie zaniedbują nadzór nad placówkami. Podejmowane przez nich kontrole były zazwyczaj w reakcji na napływające skargi. Niemal nie występowały kontrole prewencyjne. Oznacza to, że nadzór państwa w tym obszarze jest właściwie iluzoryczny.

Jeżeli chodzi o kontrole opisane w podrozdziale „Zdrowie", przekażę głos panu Piotrowi Wasilewskiemu, dyrektorowi Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Piotr Wasilewski:

Pani przewodnicząca, problemy w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia można rozpatrywać w wymiarze społecznym, ale to także osobisty dramat konkretnego, starszego człowieka, który w wielu przypadkach bez wystarczającego wsparcia musi zmierzyć się z chorobą. W 2019 r. tematyka funkcjonowania ochrony zdrowia była jedną z najczęściej podejmowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli. Sięgnę po dwa przykłady, które mogą być szczególnie istotne dla osób w wieku podeszłym. Kontrola dostępności refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania wykazała szereg istotnych problemów systemowych w tym obszarze. Obowiązujące uregulowania prawne utrudniały dostęp do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, czego przykładem był brak możliwości zaopatrzenia pacjenta w wyroby medyczne wydawane na zlecenie w trakcie hospitalizacji. W okresie objętym kontrolą barierą w dostępie do wyrobów medycznych była również konieczność uzyskiwania potwierdzenia zlecenia wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przez oddział wojewódzki NFZ. Stwierdziliśmy istotne różnice między województwami dotyczące liczby miejsc, w których pacjenci mogli zaopatrzyć się w wyroby medyczne. W przypadku przedmiotów ortopedycznych, w województwie śląskim było o 40% więcej miejsc zaopatrzenia w sprzęt medyczny niż w województwie mazowieckim, przy czym w tym ostatnim mieszkało o 15% więcej osób, a wzrost liczby pacjentów wymagających zaopatrzenia był na porównywalnym poziomie.

Obowiązujące zasady refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie nie zapewniały gospodarnego wydatkowania środków publicznych. Oddziały wojewódzkie funduszu kontraktowały ze świadczeniodawcami poszczególne wyroby medyczne tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach, przy różnicach cen jednostkowych sięgających nawet do 500%. Różnice cen sprzedaży wyrobów medycznych przez świadczeniodawców wpływały na wysokość finansowania ze środków publicznych oraz wysokość udziału własnego pacjenta w finansowaniu wyrobów. Zjawisko to przyczyniło się również do wzrostu wydatków ponoszonych przez ubezpieczonych. Świad-

czy o tym porównanie wzrostu kosztu świadczeń opieki zdrowotnej ogółem finansowanych przez NFZ, który w latach 2014-2017 wyniósł 20%, wzrostu kosztów zaopatrzenia i napraw wyrobów medycznych, który w tym samym okresie wynosił już 27%, a kwoty dopłat przez pacjentów były najwyższe i wzrosły o 35%. Mając na uwadze konieczność zapewnienia dostępności wyrobów medycznych o potwierdzonej jakości oraz gospodarnego wydatkowania środków publicznych, Najwyższa Izba Kontroli wnioskowała o stworzenie mechanizmu ustalania cen wyrobów medycznych objętych dofinansowaniem ze środków publicznych, umożliwiającego prezesowi NFZ skuteczne negocjowanie ich wysokości oraz pilne wprowadzenie zmian w ustawodawstwie dotyczącym wyrobów medycznych w celu poprawy ich dostępności, gospodarnego wydatkowania środków publicznych oraz określenia niezbędnych standardów jakościowych.

Minister zdrowia podjął już działania zmierzające do realizacji wniosków NIK. Obowiązujący obecnie proces obsługi kart i wniosków na zaopatrzenie w wyroby medyczne nie wymaga już wizyty pacjenta w placówce macierzystego oddziału wojewódzkiego NFZ, co jest szczególnie istotne dla osób w wieku podeszłym. Dodatkowe utrudnienie, w przypadku gdy pacjent nie mógł osobiście odebrać wyrobu medycznego, stanowiła konieczność sporządzenia pisemnego upoważnienia wystawionego w terminie nieprzekraczającym 7 dni. Po kontroli NIK, prezes NFZ uchylił przepisy swojego zarządzenia, które nakładały ten obowiązek.

Druga kontrola, o której chciałem wspomnieć, sprawozdawana również w zeszłym roku, dotyczyła programu Leki 75+. Wyniki tej kontroli były już szczegółowo omawiane na jednym z ostatnich posiedzeń Komisji Polityki Senioralnej minionej kadencji, zatem wspomnę o tym w dwóch zdaniach. W ocenie NIK, program Leki 75+ poprawił dostęp seniorów do produktów leczniczych. Jednak pomimo korzyści, jakie przyniosło osobom w podeszłym wieku wprowadzenie programu, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy potrzeby seniorów, poprzez odpowiedni dobór produktów na liście leków bezpłatnych, zostały uwzględnione w sposób optymalny. Seniorzy mogli odbierać bezpłatne leki tylko na podstawie recept oznaczonych kodem „S”, do których wystawienia uprawnieni są przede wszystkim lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Wykluczenie z tego grona lekarzy specjalistów mogło wpływać na problemy seniorów z dostępem do darmowych produktów. Z kolei w Ministerstwie Zdrowia nie wprowadzono systemowego podejścia gwarantującego jednolity i przejrzysty oraz zgodny z obowiązującymi przepisami sposób doboru produktów przysługujących bezpłatnie seniorom. Na podstawie dokumentacji ministerstwa nie można było ustalić według jakich zasad stworzono wykaz leków darmowych dla osób powyżej 75. roku życia. Typowaniem leków do ujęcia w wykazie produktów bezpłatnych dla seniorów zajmował się ograniczony krąg osób.

Na zakończenie chcę podkreślić, że staramy się uwzględniać sugestie Komisji Polityki Senioralnej. Przykładowo, do planu pracy NIK na rok 2020 Komisja zgłosiła kontrolę funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych. Tymczasem taką kontrolę podjęliśmy już w drugiej połowie 2019 r. pt.: „Dostępność opieki długoterminowej finansowanej przez NFZ”. Informację z tej kontroli przekazaliśmy niedawno do Sejmu RP.

Chcę jeszcze wspomnieć o bardzo ważnej kontroli z punktu widzenia osób starszych. Mam na myśli kontrolę dotyczącą funkcjonowania systemu rehabilitacji leczniczej. Przygotowania do tej kontroli rozpoczęliśmy w 2019 r. Mieliśmy ją przeprowadzić w połowie bieżącego roku, jednak z powodu pandemii Covid-19 musieliśmy ją przesunąć na przyszły rok. Ponieważ kolejnym punktem państwa posiedzenia będzie informacja ministra zdrowia na temat realizacji ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności i jej konsekwencje dla osób starszych, chcę powiedzieć, że realizację tej ustawy, w odniesieniu do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, zbadamy w zapowiadanej kontroli. Dziękuję za uwagę.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję przedstawicielom Najwyższej Izby Kontroli. Zanim otworzę dyskusję, pozwolą państwo, że przywitam panią minister Józefę Szczurek-Żelazko sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, która dołączyła do nas i jest obecna na posiedzeniu Komisji. Witamy panią minister.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów chce zabrać głos? Czy są pytania do przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli? Bardzo proszę, pani poseł Paulina Matysiak.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Dzień dobry. Mam pytanie, ale nie do przedstawicieli NIK, tylko do Ministerstwa Zdrowia. W usłyszanym sprawozdaniu dowiedzieliśmy się o problemach z programem Leki 75+, głównie o kwestiach, w jaki sposób produkty lecznicze, przysługujące bezpłatnie seniorom, były dobierane i jak trafiały na listę. Z kontroli NIK wynika, że Ministerstwo Zdrowia nie wypracowało systemowego podejścia w tym zakresie. Interesuje mnie, w jaki sposób leki trafiały na listę. Drugie pytanie również dotyczy programu Leki 75+. Chodzi o odbieranie tych leków na podstawie recept oznaczonych „S", wydawanych tylko przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Czy nie warto uwzględnić lekarzy specjalistów, żeby kompleksowo objąć opieką i dostępem do tych produktów leczniczych seniorów, nie wykluczając poszczególnych lekarzy? To dwa pytania. Będę wdzięczna za odpowiedź.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę, pani minister Szczurek-Żelazko.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Dzień dobry, witam państwa. Na początku przepraszam za spóźnienie, ale miałam równoległe posiedzenie w drugiej Komisji. Aby odpowiedzieć na pytanie pani poseł, musimy wrócić do historii. Obecny rząd po raz pierwszy wprowadził możliwość refundacji leków dla seniorów, czyli osób powyżej 75 lat. Rozpoczynaliśmy dosłownie od kilkuset rodzajów leków. Na początku przeznaczono środki w granicach 250 mln zł rocznie. Katalog leków, jak również ich rozszerzenie, ustalany jest przez konsultantów krajowych, szczególnie pod kierunkiem konsultanta krajowego do spraw geriatrii, ale w procesie biorą udział również konsultanci krajowi z dziedzin, z których korzysta najwięcej seniorów, czyli przedstawicieli reumatologii, rehabilitacji, kardiologii, neurologii. Zatem panel leków był przygotowywany w takim zestawieniu. Jak państwo zauważyli, liczba leków będących na liście z roku na rok ulega rozszerzeniu. Sprowadzane są nowe preparaty, które są refundowane. Z roku na rok również zwiększamy środki przeznaczone na refundację tych leków. Przykładowo, w roku 2019 ponad 2,4 mln seniorów skorzystało z bezpłatnych leków, następnie na realizację programu wydatkowano ponad 715 mln zł. Wydano ponad 67 mln bezpłatnych opakowań leków dla seniorów, zrealizowano 22 mln recept z kodem „S". To jest program, który trwa od kilku lat, z roku na rok sukcesywnie jest rozszerzany, coraz większy asortyment leków znajduje się na tej liście. Zestaw leków jest uzgadniany z krajowymi konsultantami. Leki te są przepisywane tylko przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy geriatrów.

Szanowni państwo, do tej pory borykamy się z problemem cyfryzacji ochrony zdrowia. Wiele podmiotów leczniczych często nadal prowadzi dokumentację papierową. Tak naprawdę lekarze specjaliści, u których konsultują się seniorzy, nie do końca mają wiedzę, jakie leki są stosowane przez danego pacjenta, a zlecane przez innych specjalistów. Powszechnym stało się zjawisko polipragmazji. Jedynym lekarzem, który może koordynować proces leczenia, jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rodzinny, który powinien prowadzić cały proces leczenia pacjenta. To on wystawia skierowania do lekarzy specjalistów, do niego trafiają zwrotne informacje na temat leków, które są zalecane przez danego specjalistę. Na etapie konstruowania programu uznaliśmy, że dla dobra pacjenta, lekarzem, który będzie decydował i wypisywał leki dla seniora, oczywiście po uwzględnieniu opinii specjalistów, będzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, również lekarz geriatra. Docelowo prawdopodobnie rozszerzymy listę, ale pod warunkiem, że będziemy mieli pełny wgląd, pełną wiedzę w każdym podmiocie leczniczym, do którego pacjent przychodzi, na temat leków ordynowanych przez innego specjalistę. W tej chwili nie mamy takiej kontroli. Aby nie zwiększać zjawiska polipragmazji, które jest szkodliwe dla wielu seniorów, minister zdrowia zdecydował, że możliwość wystawiania recept będzie miał lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz geriatra.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę, jeszcze pani poseł, ale krótko.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Chcę jeszcze dopytać. Cieszę się, że program istnieje. Cieszę się także, jak pani minister mówiła, że z każdym rokiem coraz więcej nowych leków pojawia się na liście, natomiast nadal nie usłyszałam odpowiedzi na moje pytanie, w jaki sposób konstruowana jest lista i kto decyduje, jakie leki trafiają na tę listę, od kogo wychodzi informacja. Oczywiście padły stwierdzenia, że konsultanci krajowi wskazują poszczególne lekarstwa, ale do nich nie należy decyzja. Mogą przyjść z rozwiązaniami, które są popularne. Lekarze przepisują, bo mają wiedzę ze swoich specjalizacji. Jednak, kto o tym decyduje? Drugie pytanie także dotyczy lekarzy specjalistów – czy mamy przynajmniej orientacyjny termin, kiedy lekarze specjaliści będą mogli wystawiać recepty? Rozumiem obawy i problem, o którym wspomniała pani minister, żeby nie powielać tych samych lekarstw i mieć pełną wiedzę, jakie leki przyjmuje konkretny pacjent. Tutaj cyfryzacja jest kluczowa, ale czy mamy chociaż zarysowany termin? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę panią minister o uzupełnienie dla pani poseł.

Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Ostateczną decyzję podejmuje minister, ponieważ on podpisuje rozporządzenie. Natomiast w Ministerstwie Zdrowia w Departamencie Polityki Lekowej pod nadzorem ministra nadzorującego ten departament, przy współpracy z konsultantami krajowymi, o których powiedziałam, projekt wykazu leków jest przedstawiany ministrowi zdrowia, który podejmuje ostateczną decyzję. Natomiast trudno jest wskazać konkretny termin rozszerzenia uprawnień lekarzy specjalistów, dlatego że to jest uzależnione od poziomu cyfryzacji wszystkich podmiotów leczniczych. Pacjent korzysta z różnych świadczeniodawców, zarówno tych, którzy są bardzo zaawansowani i pracują w systemie elektronicznym, jak i funkcjonujących w wersji papierowej. Przykładamy wiele starań, żeby informatyzacja docierała jak najszybciej do podmiotów leczniczych. Jest realizowanych wiele programów wspierających, między innymi w wyposażenie, sprzęt, infrastrukturę. W ostatnim okresie zostały szybko wprowadzone niektóre procesy, np. e-recepta, e-zwolnienia, e-skierowania. Mam nadzieję, że w niedługim czasie, kiedy nastąpi obowiązek prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, będziemy mogli również wprowadzić możliwość przepisywania leków przez innych specjalistów.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję pani minister za wyczerpujące wyjaśnienia. Całe szczęście, że to, o czym pani wspomniała, ruszyło do przodu i już na początku tego roku wprowadzono programy e-zdrowie, e-recepta, e-zwolnienia, e-skierowania, co okazało się zbawienne w sytuacji wybuchu epidemii, a następnie pandemii koronawirusa. To sprawiło, że polscy pacjenci, szczególnie seniorzy, którzy są grupą najbardziej narażoną na zachorowanie, mogli czuć się bezpieczni. Te rozwiązania, dzięki aktywności i zapobiegliwości Ministerstwa Zdrowia, zostały wprowadzone w Polsce. To także należy zauważyć. Dziękuję pani minister. Cieszę się bardzo, że powstał program Leki 75+. Dziękuję Ministerstwu Zdrowia za tę inicjatywę. Muszę powiedzieć, że jestem dumna, iż w czasie, gdy wprowadzaliśmy ten program w poprzedniej kadencji Sejmu, miałam przyjemność pracować w sejmowej Komisji Zdrowia, dlatego dostrzegam ogromny progres, który został poczyniony w przypadku tego programu. Faktycznie – z kilkuset medykamentów do ponad 2 tys. obecnie na liście. To jest naprawdę dużo. Ponad 700 mln zł zostało przeznaczonych na ten program. Powtórzę jeszcze to, o czym pani wspomniała. Lekarze pierwszego kontaktu przepisują recepty sygnowane literką „S", ponieważ na chwilę obecną w dużej mierze chodzi o bezpieczeństwo pacjentów i polipragmazję lekową lub polekową, która niestety szczególnie dotkliwie dotyka seniorów.

Szanowni państwo, stwierdzam, że Komisja przyjęła do wiadomości sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2019 r. w zakresie działania Komisji.

Przechodzimy do omówienia kolejnych punktów. Dotyczą one Ministerstwa Zdrowia, zatem, jeśli państwo pozwolą, połączymy je w całość. Proponuję, abyśmy procedowali nad nimi w sposób łączny. Poproszę panią minister Szczurek-Żelazko o przedstawienie informacji w kolejnych punktach, czyli informacji ministra zdrowia na temat realizacji ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności – konsekwencje dla osób starszych oraz informacji ministra zdrowia na temat dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia osób starszych z osteoporozą.

Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowni państwo, mając na celu poprawę sytuację osób najciężej dotkniętych niepełnosprawnością oraz ich rodzin, została przygotowana ustawa, o której wspomniała pani przewodnicząca, o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności. Od 1 lipca 2018 r. osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, a także osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w odpowiednich wskazaniach, mają prawo do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie do wysokości limitu finansowania, bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zapotrzebowania tych osób w wyroby medyczne każdorazowo decydują osoby uprawnione do wystawiania zleceń. Również te osoby, na mocy ustawy, mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń i opieki zdrowotnej, do korzystania poza kolejnością z usług farmaceutycznych, jak również do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Po wejściu w życie tej ustawy prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zmienił zarządzenie rehabilitacyjne, umożliwiając rozliczanie się ze świadczeń rehabilitacyjnych dedykowanej grupie świadczeniobiorców oraz identyfikację tych świadczeń w systemie informatycznym NFZ. W związku z tym, zmieniono plan finansowy w roku 2018. W planach oddziałów wojewódzkich zwiększono wysokość środków na realizację świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę ponad 999 mln zł, w tym ponad 138 mln zł z przeznaczeniem na finansowanie nielimitowanego dostępu do refundowanych wyrobów medycznych dla tej grupy pacjentów. Ponadto, prezes NFZ uruchomił rezerwę ogólną oraz dokonał zmiany planu finansowego, zwiększając kwotę zaplanowaną na realizację świadczeń opieki zdrowotnej o ponad 510 mln zł, w tym kwota 225 mln zł została przeznaczona na sfinansowanie nielimitowanej rehabilitacji dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Jeżeli chodzi o wyroby medyczne, to od lipca do grudnia 2018 r., czyli od początku działania tej ustawy, z wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie dla osób ze znacznym stopnie niepełnosprawności skorzystało ponad 28 tys. osób, w tym niemal 18 tys. w wieku powyżej 60 lat. Liczba wyrobów wydanych świadczeniodawcom wyniosła ponad 7,6 mln, natomiast wartość stanowiła ponad 26 mln zł, w tym ponad 4,2 mln wyrobów za niemal 15 mln zł zostało wydanych osobom starszym. W 2019 r. z przedmiotowego uprawnienia skorzystało prawie 83 tys. osób, którym wydano wyroby na kwotę 47 mln zł. Ponad 58 tys. osób w wieku powyżej 60 lat z tej grupy korzystało z niemal 30 mln wyrobów o łącznej wartości 93 mln zł. Z danych od stycznia do czerwca 2020 r. wynika, że w bieżącym roku prawie 88 tys. osób otrzymało wyroby medyczne w liczbie ponad 33 mln sztuk o łącznej wartości ponad 93 mln zł. W tej grupie osób starszych było 64 tys. W 2019 r. zanotowano duży wzrost zaopatrzenia w wyroby medyczne osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Ten trend utrzymuje się praktycznie do dzisiaj.

Jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą, trzeba podkreślić, że zauważalny jest wzrost liczby osób o znacznym stopniu niepełnosprawności korzystających ze świadczeń z rehabilitacji leczniczej. Najpowszechniej udzielane były świadczenia z zakresu rehabilitacji jak: fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Pacjenci coraz częściej korzystają ze świadczeń fizjoterapii domowej. Świadczenia domowe stały się szczególnie popularne w roku 2020, kiedy mieliśmy do czynienia z pandemią Covid-19. Wielu pacjentów korzystało z fizjoterapii ambulatoryjnej lub świadczeń domowych.

Od lipca 2018 r. do czerwca 2020 r. osobom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności udzielono ponad 6 mln świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej o wartości prawie 565 mln zł, w tym osobom powyżej 60. roku życia udzielono świadczenia na kwotę ponad 354 mln zł. We wspomnianych okresach ze świadczeń w zakresie rehabilitacji lecznictwa skorzystało w 2018 r. – 58 504 pacjentów, w 2019 r. – 131 406 pacjentów, a do czerwca 2020 r. – 88 438 osób. Jak wynika z tych danych, ze świadczenia udzielonego osobom starszym skorzystało odpowiednio od 62% do 64% pacjentów powyżej 60 lat.

Odnosząc się do kwestii uprawnienia dotyczącego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, chcę poinformować, że w praktyce oznacza to, iż placówka medyczna zobowiązana jest do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej osobom z orzeczeniem o znacznym stopniem niepełnosprawności w dniu zgłoszenia albo w przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie było możliwe w dniu zgłoszenia, wyznacza inny termin poza kolejnością, wynikający z prowadzonej listy oczekujących, i osoby niepełnosprawne mogą korzystać z tego uprawnienia.

Jeżeli chodzi o działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia na rzecz osób niepełnosprawnych, oczywiście dostrzegamy wzrastające potrzeby zdrowotne osób starszych, koncentrujemy się nie tylko na zapewnieniu dostępności, jakości udzielanych świadczeń, ale również podejmujemy działania ukierunkowane na profilaktykę, promocję zdrowia w społeczeństwie. Jednym z naszych priorytetów jest poprawa zdrowia Polaków, zapobieganie chorobom, między innymi przez edukację zdrowotną, promowanie zdrowego stylu życia. Działania te są objęte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020, w którym wydzielono cel operacyjny dedykowany obecnym i przyszłym osobom starszym. Ten cel to promocja zdrowego i aktywnego starzenia się. Zadania skupiają się na promowaniu zachowań prozdrowotnych osób starszych, edukacji na temat czynności wynikających ze zdrowego odżywiania, podejmowaniu aktywności fizycznej, poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, edukacji w zakresie profilaktyki urazów, prewencji, upadków osób starszych, szkoleniu pracowników ochrony zdrowia z zakresu opieki nad osobami starszymi, tworzeniu przestrzeni publicznej przyjaznej seniorom. Aktualnie prowadzone są prace mające na celu nowelizację przedmiotowego dokumentu. Planuje się, że w kolejnych latach zakres zadań realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia zostanie poszerzony o edukację na temat polipragmazji, o której mówiłam, że jest istotnym zjawiskiem i występuje szeroko w ostatnim czasie oraz negatywnych skutkach polipragmazji, edukację służb publicznych, przedstawicieli zawodów medycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi. To są działania realizowane zarówno w tym roku, jak i poprzednich latach przez Ministerstwo Zdrowia, a wynikają one z ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Jeżeli będą mieli państwo pytania, jesteśmy gotowi do ich udzielania.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Poproszę o omówienie drugiego punktu dotyczącego osteoporozy.

Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Pani przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli, informację przedstawi pan dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Pani przewodnicząca, państwo posłowie, jeżeli chodzi o problem osteoporozy w Polsce, choroba ta jest szeroko rozpowszechniona i została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za jedną z głównych chorób cywilizacyjnych. Nie będę się skupiał na epidemiologii. Grupy, które najbardziej są obciążone tą jednostką chorobową, to osoby w wieku 75-79 lat. Z danych, które posiada Narodowy Fundusz Zdrowia, jesteśmy w stanie wskazać, jaka jest liczba osób, która zgłasza się do leczenia z tego powodu, natomiast uznaje się, że jest dość duże niedoszacowanie liczby chorych. Szacuje się, że nawet 1,5 mln osób może borykać się z tymi problemami. Świadczenia medyczne dla pacjentów z osteoporozą udzielane są w różnych zakresach. Przede wszystkim, podobnie jak w odniesieniu

do większości jednostek chorobowych, to są lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci mają możliwość korzystania z poradni specjalistycznej, która zajmuje się leczeniem osteoporozy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oczywiście istnieje również leczenie szpitalne, jeżeli jest potrzebne, i rehabilitacja lecznicza w każdych warunkach – ambulatoryjnych, domowych czy stacjonarnych oraz w uzdrowiskach. Personel medyczny, który zajmuje się udzielaniem świadczeń dla tej grupy pacjentów, to specjaliści z zakresu reumatologii, ortopedii, traumatologii narządów ruchu, endokrynologii, chorób wewnętrznych, medycyny fizykalnej, geriatrii i rehabilitacji. Takich lekarzy łącznie w Polsce jest 29 tys. Oczywiście to jest liczba wszystkich lekarzy, u których potencjalnie można się leczyć. Ta liczba rośnie, dlatego że w chwili obecnej niemal 4,5 tys. osób jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z wyżej wymienionych dziedzin. Równocześnie zwiększa się liczba fizjoterapeutów, którzy uczestniczą w rehabilitacji. Obecnie w Polsce mamy 68 tys. fizjoterapeutów.

Na świadczenia, które są sprawozdane do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach opieki ambulatoryjnej lub szpitalnej, przeznacza się łącznie ponad 40 mln zł. Nie zawsze pacjent jest sprawozdawany, mówiąc techniczne, z tą jednostką chorobową, jeśli jest kilka chorób towarzyszących, zatem tej kwoty nie można interpretować wprost. Zauważamy, że spada liczba hospitalizacji, przy jednoczesnym zwiększeniu wartości refundacji świadczeń.

Jeżeli chodzi o diagnostykę osteoporozy, wzrasta liczba badań densytometrycznych kości z poziomu 134 tys. w 2013 r. do 176 tys. w 2018 r., zatem widzimy nieustający wzrost dostępności do tej diagnostyki. Jeżeli chodzi o refundację leków stosowanych w leczeniu osteoporozy, 368 tys. osób, w latach 2013-2018, realizowało receptę na leki refundowane w tym wskazaniu, a wartościowo to jest kwota 211 mln zł, w tym 150 mln zł to refundacja z NFZ. Jeżeli chodzi o rozpowszechnienie problemu z punktu widzenia ostrej fazy osteoporozy, czyli kwestii złamań, za ostatni pełny rok sprawozdawczy mam informację o 126 tys. złamań kości szyjki udowej. To jest jeden z większych problemów, z którym się borykamy. To jest schorzenie, które łączy się z wiekiem i niektórymi przemianami metabolicznymi, niemniej jednak istnieje potencjał działań zapobiegawczych, prewencyjnych. Od dwóch lat jest realizowany Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych w ramach środków unijnych z programu operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Jest on skierowany do kobiet w wieku 50-70 lat, które deklarują jeszcze pracę zawodową i gotowość podjęcia zatrudnienia, niezdiagnozowanych i nie leczących się na osteoporozę. To jest pilotażowy program, który monitorujemy. Jeżeli efekty będą satysfakcjonujące, będziemy zastanawiali się, w jaki sposób najcenniejsze efekty tego programu wprowadzić do powszechnego systemu. W ramach tego programu pacjentki uzyskują konsultacje medyczne, badania diagnostyczne na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej, badania densytometryczne. W obecnej chwili program jest realizowany przez cztery duże ośrodki – Narodowy Instytut Geriatrii w Warszawie, szpital w Stalowej Woli, szpital kliniczny w Lublinie i Śląskie Centrum Reumatologii w Ustroniu. Również w ramach NFZ są realizowane zadania edukacyjne zarówno po stronie Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, jak również przez jednostki samorządu terytorialnego. Mamy informację o kilku samorządowych organach polityki zdrowotnej nakierowanych na przeciwdziałania osteoporozie. Realizują to starostwa w Wałczu, Kołobrzegu, Urząd Miasta Kamienna Góra, a przymierzają się Urząd Miasta Piła, urzędy miast Piła, Lubawka, gminy Kurzętnik, Grodzisko Dolne, powiaty Busko Zdrój i Świdnica. Jeżeli ktoś z państwa jest zainteresowany, mamy bardziej szczegółowe informacje. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów chce zabrać głos? Jeżeli nie ma chętnych z grona posłów, może ktoś z zaproszonych gości? Również nie słyszę. Bardzo dziękuję za przygotowanie ważnego materiału z perspektywy osób w wieku senioralnym, za przybliżenie nam jak wygląda sytuacja diagnostyki i leczenia osób starszych z osteoporozą, jakie są szczególne rozwiązania wspierające

osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności z perspektywy konsekwencji dla osób starszych. Stwierdzam, że Komisja przyjęła obydwie informacje do wiadomości.

Szanowni państwo, chcę podziękować za udział w dzisiejszym posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Informuję, że Komisja przyjęła do wiadomości obydwie informacje. Czy pani profesor Wieczorowska i pan doktor Sapuła chcą zabrać głos? Zatem witamy serdecznie naszych ekspertów Komisji – pani profesor Katarzyna Wieczorowska-Tobis i pan doktor Rafał Szapuła. Kto z państwa pierwszy zabierze głos? Pani profesor, bardzo prosimy o zabranie głosu.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo, bardzo dziękuję za informacje, bo one rzeczywiście w obu przedstawionych zakresach bardzo dobrze wpisują się w to, co jest obecnie niezwykle potrzebne dla wspierania osób starszych. Mam pytanie do pani minister. Zainteresowało mnie bardzo, co pani powiedziała o polipragmazji. Czy mogę prosić o rozszerzenie tego wątku? Jakie działania edukacyjne są planowane odnośnie do polipragmazji?

Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Te działania są planowane od 2021 r., dlatego że Narodowy Program Zdrowia w tym wydaniu, z celami, priorytetami, które zostały określone, kończy się w obecnym 2020 r. Jak mówiłam, w następnej edycji tego programu chcemy zwrócić szczególną uwagę na to zjawisko. Wskazaliśmy, że jednym z priorytetów będzie kwestia polipragmazji, natomiast szczegóły dotyczące projektów, które będą realizowane w ramach tego zadania, zostaną dopracowane w późniejszym terminie. Jesteśmy otwarci na wszelkie uwagi, na jakie elementy powinniśmy zwrócić uwagę. Zresztą, współpracujemy z państwem i liczymy, że państwo pozwolą nam wypełnić zadanie, które stawiamy przed następną edycją Narodowego Programu Zdrowia.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Kończąc mój wątek, chciałabym bardzo podziękować, bo my, jako Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, zwracaliśmy uwagę, że bardzo często niesprawność i niesamodzielność związana jest z niewłaściwym stosowaniem leków, zatem może być konsekwencją polipragmazji. Myślę, że dotknięcie polipragmazji wychodzi naprzeciw ogromnemu problemowi, który obecnie narasta. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję i proszę jeszcze panią minister.

Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Rzeczywiście, temat jest bardzo ważny, ale drugi aspekt, na który pani profesor zwróciła uwagę, to jest kwestia szkolenia. Zaakcentowałam to w poprzedniej wypowiedzi dotyczącej realizacji szkoleń, które będą dedykowane dla pracowników ochrony zdrowia, lekarzy i pielęgniarek, bo tutaj jest ich duża rola w walce z tym negatywnym zjawiskiem. Widzimy to szerzej, ale szczegółowe cele będziemy konstruować w sposób, żeby można było sprawnie zrealizować to zadanie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy pani profesor chciałaby jeszcze coś powiedzieć? Dziękuję pani profesor. Bardzo proszę, pan doktor Rafał Sapuła.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Pani przewodnicząca, pani minister, chcę odnieść się do kwestii związanej z raportem Najwyższej Izby Kontroli. Mam kilka uwag, z którymi chciałbym polemizować. Przede wszystkim chodzi o ASOS. Obserwuję bardzo szczegółowo działalność tego programu i trudno jest mi zgodzić się, że on ma tylko jednostkowe znaczenie. Nawet jeśli to są jednostkowe działania, one są cykliczne. Mimo wszystko, u osób uczestniczących w tym programie ewidentnie wzrasta poczucie społeczności, zachowań prozdrowotnych. Zatem uważam, że program jak najbardziej spełnia swoją rolę. Chcielibyśmy, żeby objął większą liczbę osób i miejmy nadzieję, że tak będzie.

Mam jeszcze uwagę dotyczącą aspektów zdrowotnych w kontrolach NIK. W trakcie hospitalizacji podmioty lecznicze powinny zapewniać podstawowe przedmioty zaopatrzenia ortopedycznego, jak laski łokciowe, wózki, podpórki dwukołowe. To dzieje się w oddziałach rehabilitacji, ortopedii, neurologii, neurochirurgii. Oczywiście, jako lekarze powinniśmy mieć możliwość zlecania tego typu zapatrzenia ortopedycznego w trakcie hospitalizacji, ale podmioty lecznicze dysponują tego typu wyposażeniem.

Jeżeli chodzi o uwagi dotyczące braku punktów zaopatrzenia ortopedycznego, uważam, że jest ich wystarczająco dużo. Przy każdym większym oddziale, poradni specjalizującej się w schorzeniach, dysfunkcjach narządów ruchu, rehabilitacyjnej czy ortopedycznej, neurologicznej, takie punkty się znajdują. Jeżeli chodzi o różnicę w cenach zaopatrzenia ortopedycznego, tutaj są jasno narzucone i konkretnie zdefiniowane limity dofinansowań, które Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia pacjentom, natomiast różnice w cenie wynikają przede wszystkim z jakości tych produktów. Pacjent ma wybór, może wybrać tańszy sprzęt.

Odnośnie do ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, to jest kolejna, poza programem Dostępność Plus, bardzo ważna ustawa wspierająca osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Do tej pory osoby były dotknięte medycznym i rehabilitacyjnym wykluczeniem. Jako lekarz specjalista rehabilitacji medycznej i medycyny paliatywnej widzę, że ten program zdecydowanie umożliwił pacjentom korzystanie z rehabilitacji w warunkach domowych, szczególnie, co podkreślała pani minister, pandemia pokazała olbrzymie potrzeby w tym zakresie. Zatem bardzo dziękuję za tę ustawę w imieniu pacjentów i Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, bo to rzeczywiście umożliwiło naszym podopiecznym korzystanie z bardzo ważnej formy jaką jest rehabilitacja.

Jeżeli chodzi o osteoporozę, dziękuję pani minister i panu dyrektorowi za podkreślenie roli rehabilitacji w procesie leczenia. Chcę zwrócić uwagę, że wśród lekarzy zajmujących się leczeniem osteoporozy niestety brakuje specjalistów rehabilitacji, chociaż w ramach programu specjalizacji i choroby metabolicznej kości osteoporoza zajmuje ważne miejsce. Istotną korzyścią dla pacjentów z osteoporozą byłoby kompleksowe podejście ze strony lekarzy specjalistów rehabilitacji, czyli z jednej strony diagnostyka, leczenie farmakologiczne i później postępowanie rehabilitacyjne, co odciążyłoby lekarzy ortopedów i reumatologów. Dlatego bardzo proszę panią minister o rozważenie włączenia lekarzy specjalistów rehabilitacji w procesie diagnostyki leczenia osteoporozy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję ekspertom Komisji za cenne głosy w dyskusji nad punktami, które były dzisiaj rozpatrywane. Jeszcze raz dziękuję państwu za udział w posiedzeniu. Komisja rozpatrzyła punkty przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia. Komisja również rozpatrzyła sprawozdanie Najwyższej Izby Kontroli. Informuję, że porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia Komisji został wyczerpany. Zamykam posiedzenie Komisji.